



Prot. n. _____

Il _____

**Al Direttore Sanitario
Della ASL BT
Per il tramite del DSS n. _____**

Oggetto: Istanza per la concessione in forma gratuita di trattamenti farmacologici e non Extra LEA a paziente affetto da Malattia Rara

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di assistito e/o legale rappresentante* di _____ nato a _____, il _____, residente nel comune di _____ alla via _____, n. _____, recapito telefonico _____

DICHIARA

che è affetto da _____ Cod. esenzione MR _____ come da Programma Terapeutico Personalizzato rilasciato dal Presidio della rete nazionale Malattie Rare

CHIEDE

l'erogazione in forma gratuita del/i trattamento/i non ricompreso/i nei Livelli Essenziali di Assistenza nazionali considerati ESSENZIALI e INSOSTITUIBILI per la condizione specifica del paziente come da relazione clinica e bibliografia a supporto allegate, dei seguenti prodotti:

In fede

(Firma) _____

*** allegare documentazione
comprovante**